

## LES ETATS DE CHOCS

### A - NOTIONS GENERALES :

Il convient de distinguer en matière de troubles circulatoires :

\*l'hypotension artérielle définie par la notion d'une chute tensionnelle par rapport aux chiffres habituels du malade.

\*le collapsus cardiovasculaire qui est un effondrement brutal de la tension artérielle systémique accompagné d'un malaise général.

\*l'état de choc dont la définition est plus complexe : « il traduit un trouble majeur de la perfusion tissulaire, d'abord réversible, puis secondairement irréversible ». L'état de choc comporte toujours un trouble du transport de l'oxygène et conduit rapidement à un trouble de l'utilisation cellulaire de l'oxygène.

L'état de choc est une maladie générale dont le point de départ est un trouble hémodynamique et dans laquelle on trouvera souvent associés :

°des troubles viscéraux (souffrance myocardique, rénale, pulmonaire ,cérébrale ,hépatique, digestive,etc)

°des troubles métaboliques (acidose lactique, traduction d'un métabolisme cellulaire anaérobie)

°des troubles de l'hémostase (le plus souvent en relation avec une coagulation intravasculaire disséminée).

L'état de choc est toujours la conséquence d'une maladie précise .Le traitement d'un état de choc devra donc comporter simultanément :

- la correction de l'état de choc (traitement symptomatique)
- le traitement de la cause elle-même (l'exemple le plus démonstratif est la nécessité d'une intervention chirurgicale pour choc hémorragique).

### B - PHYSIOLOGIE GENERALE:

**L'hypoxie tissulaire:** C'est une caractéristique commune à tous les états de choc. Elle résulte \*soit d'une anomalie du transport de l'oxygène

- ° Quantitative.
- ° Distributive

- \* Soit d'un trouble de l'extraction de l'O<sub>2</sub>
- \* Soit des deux mécanismes

## **Deux grandes catégories d'état de choc**

Choc quantitatif: choc simple; exemple: choc hémorragique

Choc distributif: choc complexe; exemple: choc septique.

## **C - DIAGNOSTIC:**

### **Essentiellement clinique +++.**

- \* Conscience
- \* Ventilation.
  - ° TACHYPNEE : pour lutter contre l'acidose et contre l'hypoxie.
  - ° Recherche des signes de détresses respiratoires parfois concomitantes.
- \* Marbrures.
- \* Cyanoses.
- \* Extrémités froides.
- \* Cardio-vasculaire.
  - ° TACHYCARDIE: sous réserve que le cœur puisse s'adapter.
  - ° COLLAPSUS: chute de la tension artérielle inférieure à 60 mm hg.
  - ° Scope, dynamap (prise de la tension artérielle) ou cathétérisme artériel si la tension est imprenable.

## **D - ORIENTATION ETIOLOGIQUE :**

- \* Antécédents, contexte clinique → Orientation vers le diagnostic étiologique.
- \* Hémorragies.
- \* Infarctus du myocarde.
- \* Embolie pulmonaire.
- \* Anaphylaxie (allergie). ..
- \* Sepsis grave (septicémie).
- \* Brûlures.

## **E - MOYENS THERAPEUTIQUES :**

### **1/ Symptomatiques :**

- \*Oxygénation , ventilation artificielle.
- \* Remplissage vasculaire: ringer@,sérum physiologique, hemacel(sur deux grosses voies d'abord périphériques).
- \* Médicaments pressifs si besoin: Adrénaline ou noradrénaline, Dobutrex@, Dopamine@.

## 2/ Traitements spécifiques :

Nombreux et variés:

- \*Chirurgie.
- \*Reperfusion myocardique.
- \*Médicaments.
- \*Exsuffiation d'un pneumothorax suffocant (PNO).
- \* Défibrillation.

### Conduite pratique :

- \* Reconnaître l'état de choc.
- \*Prévenir un médecin immédiatement.
- \* Oxygène nasal.
- \*Poser une voie d'abord périphérique si le patient n'est pas perfusé et si suspicion de choc hémorragique.
- \* Scope, brassard à tension artérielle, oxymètre de pouls (saturomètre) température du patient, ECG si douleur thoracique.

## CHOC ANAPHYLACTIQUE

### Principaux médicaments incriminés :

- \* Antibiotiques: pénicilline (1/ 5.000), céphalosporine.
- \*Produits de contraste iodés (1/ 32.000).
- \*Curare, barbituriques (pentotal@).
- \*Analgésiques: salicylés (aspirine).
- \*Vitamines (B1, B6, B12).
- \*Enzymes (streptokinase).

- \*Mais aussi le latex, en milieu chirurgical.
- \*Voie d'administration: intraveineuse, digestive, intradermique (elles sont toutes mises en causes). .,-'
- \*Rôle du terrain: surtout chez les asthmatiques.

**Cliniquement le choc anaphylactique est caractérisé par sa soudaineté, sa gravité et sa réversibilité.**

### **Grand choc anaphylactique.**

- \*Au décours ou au cours d'une injection survenue d'une défaillance cardiocirculatoire aiguë.
- \*Parfois le collapsus est moins intense avec prédominance des signes cutanés et respiratoires.
- Signes d'ECG classiques:
  - ° Troubles du rythme ou de la repolarisation.
  - ° Parfois ischémie myocardique.
- \*Le choc peut être mortel parfois en quelques minutes par un arrêt circulatoire ou par asphyxie (oedème de quirk).
- \*Phénomènes hémodynamiques :
  - = Vasodilatation intense d'où hypovolémie relative aggravée par les troubles de perméabilité capillaire.

### **Traitement immédiat :**

- \***Adrénaline +++** : traitement de la vasodilatation.
- \*Remplissage: quelques fois 5 à 6 litres en une heure.
- \*Corticoïdes.
- \*Libération des voies aériennes voire intubation.
- \*Oxygénation.

## **LE CHOC SEPTIQUE**

Il peut compliquer toute infection bactérienne, septicémie ou infection localisée.

### **Principales portes d'entrées.**

- \*Urinaire.

- \* Digestive. .
- \* Respiratoire.
- \* Génitale. .
- \* Veineuse. .
- \* Cutanée. .
- \* Fréquence du facteur iatrogène +++.
- \* Prédominance des bacilles de gram négatif. : E. Coli, Pseudomonas, Entérobacter.
- \* 40% des septicémies se compliquent d'un choc septique.
- \* Rôle du terrain. .
- \* Favorisé par l'affaiblissement des résistances de l'organisme.
- ° Diabète.
- ° immunosuppression.
- ° Corticothérapie.
- ° Cirrhose.

### **Cliniquement :**

- \* Pic hyperthermique avec des frissons mais aussi hypothermie
- \* Marbrures violacées des genoux +++.
- \* Extrémités cyanosées et froides.
- \* Parfois au tout début du choc il y a une vasodilatation et téguments chauds.
- \* Pouls rapide et mal frappé.
- \* Pression artérielle pincée.
- \* Chute de la diurèse (cassure de la diurèse)
- \* Tendance hémorragique fréquente au point de ponction ou des épistaxies.

### **Traitement :**

- \* L'antibiothérapie est une urgence +++.
- \* Traitement de la porte d'entrée lorsque cela est possible.
- \* 50 % de mortalité (avec une importance du terrain).

## **CHOC HEMORRAGIQUE**

Choc hypovolémique classique.

### **Cliniquement :**

- \* Hémorragies extériorisées ou non.
- \* Signes neuro-sensoriels et troubles de la conscience précurseurs:

- ° Soif.
- ° Frissons.
- ° Hypothermie fréquente.
- ° Angoisse importante.
- ° Signes cutanés très significatifs :
  - . Pâleur.
  - . Sueur.
  - . Froideur.
- ° Signes respiratoires fréquents :
  - . Polypnée.
- ° Signes cardio-vasculaires essentiels +++.
  - Pouls rapide et filant, mal frappé.
  - Veines plates.
- La pression artérielle est longtemps conservée.

Tous les états existent entre le choc gravissime et l'anémie distillante.  
La clinique dépend de l'importance des pertes sanguines, de la rapidité de leur constitution et  
Les conséquences d'un choc prolongé :  
Syndrome de défaillance poly viscérale : hypoxie tissulaire.

### **Principales étiologies :**

**Hémorragies extériorisées :** Epitaxis, hématomène, etc.

### **Hémorragies non extériorisées :**

- \* Intra thoraciques.
- \* Intra abdominales.
- \* Rétro-péritonéaux.
- \* Osseux.
- \* Digestifs.

### **Traitement :**

### **Étiologique :**

- \*Compression manuelle d'une artère qui saigne.
- \*Sonde de Blakmore.
- \*Hémostase chirurgicale.
- \*Remplissage vasculaire: deux gros calibres + plasma (puis des culots).
- \*Oxygénothérapie.

**Parallèlement à la prise en charge du patient :**

Il faut parfois envisager des gestes , diagnostiques (ponction thoracique, sonde gastrique) et surtout prélever avant le remplissage un bilan biologique (NFS, plaquettes et hémostase) et pré-transfusionnel.